

宫腔镜电切术与经腹子宫全切术治疗子宫黏膜下肌瘤的临床观察

朱天波, 吕燕玲, 容俊, 周昌仙
(昭通市第一人民医院, 云南 昭通 657000)

[摘要] **目的** 探讨宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤的疗效. **方法** 对2008年1月至2011年12月昭通市第一人民医院58例子宫黏膜下肌瘤行宫腔镜电切术治疗(宫腔镜电切组)与55例子宫黏膜下肌瘤行传统经腹子宫切除术(传统组)患者的临床资料进行多医师随机对照临床实验. **结果** 宫腔镜电切组手术时间、术中出血量、住院时间、下床活动时间、肛门排气时间、术后病率及术后疼痛比例均明显少于传统组($P < 0.05$). **结论** 宫腔镜电切术具有不开腹、无切口、创伤小、手术时间短、术中出血少、术后恢复快等优点,是治疗子宫黏膜下肌瘤的一种安全、有效、可靠的微创方法.

[关键词] 宫腔镜电切术; 子宫切除术; 子宫肌瘤

[中图分类号] R713.42 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X(2013)07-0096-03

Clinical Effects of Both Hysteroscopic Myomectomy and Transabdominal Hysterectomy in Excising Submucous Uterine Myoma

ZHU Tian-bo, LV Yan-ling, RONG Jun, ZHOU Chang-xian
(The 1st People's Hospital of Zhaotong, Zhaotong Yunnan 657000, China)

[Abstract] **Objective** To study the therapeutic effect of hysteroscopic myomectomy in excising submucous uterine myoma. **Methods** Clinical materials collected from 58 cases of hysteroscopic myomectomy (HSM group) from January of 2008 to December of 2011 were clinically compared randomly in controlled clinical trials with those collected from another 55 cases of transabdominal hysterectomy (TAH group). **Result** It showed that the duration of operation, the blood loss in the operation, hospital stay, as well as exhaust time and postoperative complications of HSM group were obviously lower than those of TAH group ($P < 0.05$). **Conclusion** Hysteroscopic myomectomy is a kind of new surgery with such advantages as no abdominal opening, no incision, less trauma, shorter operative time, less blood loss and rapid postoperative recovery etc, so that it is a safe, effective and reliable micro-invasive method in excising submucous uterine myoma.

[Key words] Hysteroscopic myomectomy; Hysterectomy; Uterine myoma

子宫黏膜下肌瘤是妇科常见疾病,在保守治疗无效或不能耐受保守治疗的副作用时,传统的治疗方法是子宫切除术.近年来,随着宫腔镜手术的开展应用,开辟了代替子宫切除治愈上述疾病的新途径.为探讨宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤的疗效,对2008年1月至2011年12月入住昭通市第一人民医院的患者进行宫腔镜电切术治疗和传统经腹子宫切除术临床对照试验.

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用多医师随机1:1对比性研究.(1)4名医师均为本科室具有多年妇科手术操作经验的医师;(2)例数:子宫黏膜下肌瘤行宫腔镜电切术(宫腔镜电切组)60例,子宫黏膜下肌瘤行传统经腹子宫切除术(传统组)60例,其中宫腔镜电切组失访2例,最后结果以58例记;传统组失访5例,最后结果以55例记;(3)随机:临床实验时,各医师按随机转换成的顺序号分配宫腔镜电切组和传统组.按顺序号接纳研究对象.

[作者简介] 朱天波(1980~)女,云南昭通市人,医学学士,主治医师,主要从事妇产科临床工作.

[通讯作者] 吕燕玲. E-mail:1938293741@qq.com

1.2 标准及程序

1.2.1 接受标准 (1) 年龄 30~60 岁; (2) 血压: 收缩压: 90~160 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 舒张压: 60~100 mmHg; (3) 血红蛋白值 ≥ 70 g/L; (4) 血糖: 餐前 3.9~7.0 mmol/L, 餐后 2 h 3.9~9.0 mmol/L; (5) 肌瘤直径 ≤ 5 cm; (6) 宫深 ≤ 12 cm.

1.2.2 排除标准 有影响手术的合并症, 需要进行相关的治疗.

1.2.3 接收程序 符合标准的对象, 填写 CRF 表格, 详细记录手术时间、术中出血量、术后恢复速度等关键指标.

1.3 手术方法

传统组按传统腹式子宫切除术操作, 手术方法参见文献^[1]中宫腔镜电切组手术方法.

1.3.1 手术器械 采用日本 OLYMPUS 公司生产的外鞘直径 9 mm 持续灌流式宫腔电切镜及视频监视系统, 膨宫器为国产沈阳大学 DG-1 型电脑膨宫加压器及日本 SONY 电视显示器. 以 5% 葡萄糖注射液膨宫, 糖尿病患者用 5% 甘露醇, 膨宫压力 100~120 mmHg, 电切率 80~100 W, 电凝功率 60~70 W.

1.3.2 手术操作 手术选择在月经干净 3~7 d 进行, 术前一晚阴道放置米索前醇 200~400 μ g 软化宫颈, 采用连续硬膜外麻醉或静脉麻醉. 常规消毒铺巾, 会阴部位用脑外科无菌自粘巾, 把条状引流回收带置入吸引瓶, 以便收集回流的膨宫液, 顺序扩张宫颈至 7 号, 放入检查镜, 观察宫颈、宫腔形态, 双侧输卵管开口, 明确宫腔内占位病变的数目, 大小、位置, 形状及与肌壁的关系, 然后扩张宫颈至 10~11 号, 放入宫腔电切镜, 针对不同的肌瘤类型进行不同的手术方式, 具体操作如下: (1) 对于小于 3 cm 的黏膜下肌瘤, 有蒂者可用环形电极或电凝电极等切断瘤蒂, 然后将瘤体夹出; 无蒂者可直接用环行电极从瘤体的一侧或两侧逐次切割, 切除组织同电切环带出宫腔; (2) 对于大于 3 cm 的黏膜下肌瘤, 先从瘤体两侧切割, 两侧形成沟槽后用卵圆钳钳夹并旋转后取出大块瘤体, 再切除余下肌瘤组织^[2]; (3) 对于壁间内凸型肌瘤, 可先用针状电极划开被覆肌瘤表面的肌肉组织, 形成窗口, 若肌瘤向宫腔突出, 即可切割肌瘤; 如肌瘤保持原位不动, 则可注射缩宫素 20 U, 变化膨宫压力, 电刺激肌瘤突出部分, 通过这些刺激肌瘤组织逐渐突向宫腔, 再逐条切除; 术毕检查宫腔, 注意有无活动性出血, 排除子宫穿孔, 切除组织统一病检.

1.4 随诊及疗效判断

术后分别于 1、3、6、12 月各随诊 1 次, 根据临床症状改善情况、盆腔 B 超检查或宫腔镜检查结果判定疗效.

疗效判定标准: 治愈: 术后无月经或月经量少, 月经周期规律, 临床症状消失, 宫腔无占位病变; 有效: 术后月经量仍多但少于术前, 占位病变较术前减小且不增大; 无效: 月经量未减少或占位病变持续生长.

1.5 统计与数据处理

采用 SPSS 统计软件进行数据处理, 所测数据采用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 数据比较用 t 检验和 χ^2 检验.

2 结果

2.1 一般情况

宫腔镜电切组和传统经组对象的主要特征: 如年龄、肌瘤直径、手术次数、血红蛋白、血糖, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明 2 组具有可比性.

宫腔镜电切术组与传统手术组手术成功率均为 100%. 术后随诊宫腔镜组治愈率 91.5% (53 例), 有效率 8.5%, 总有效率 100%, 10 例不孕症术后有 7 例妊娠; 经腹子宫全切除术有 2 例阴道流血, 无其它术后并发症.

2.2 宫腔镜电切组与传统组术中情况比较

宫腔镜电切组与传统组相比, 平均手术时间明显缩短、术中出血量明显减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 1.

2.3 宫腔镜电切组与传统组术后情况比较

宫腔镜电切组与传统组相比, 术后下床活动时间、肛门排气时间、术后住院时间明显缩短. 术后疼痛率都明显降低 ($P < 0.05$), 见表 2.

3 讨论

3.1 宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤的评价

子宫肌瘤是子宫最常见的实体肿瘤, 起源于子宫平滑肌细胞或子宫小动脉间质细胞, 在生长过程中通常向阻力小的部位移行. 即向腹腔生长成为浆膜下肌瘤, 或向宫腔生长成为黏膜下肌瘤. 子宫黏膜下肌瘤比壁间肌瘤及浆膜下肌瘤的危害更大, 常导致子宫异常出血及阴道溢液, 且干扰正常受孕. 以前, 未脱到宫颈口或宫颈口外的子宫黏膜下肌瘤, 需行开腹子宫切除术才能改善临床症状, 随着微创技术的发展, 宫腔镜的临床应用为子宫黏膜下肌瘤的治疗开辟了新的途径.

表1 宫腔镜电切组与传统组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)Tab. 1 The comparison of surgical operation circumstances between hysteroscopic myomectomy and transabdominal hysterectomy ($\bar{x} \pm s$)

分 组	n	手术时间 (min)	术中出血 (mL)
宫腔镜电切组	58	30.95 ± 15.30**	21.62 ± 17.35**
传统组	55	116.43 ± 25.16	190.36 ± 101.85

与传统组比较, ** $P < 0.01$.

表2 宫腔镜电切组与传统组术后情况比较 ($\bar{x} \pm s$)Tab. 2 The comparison of circumstance after surgical operation between hysteroscopic myomectomy and transabdominal hysterectomy ($\bar{x} \pm s$)

分 组	n	术后住院时间(d)	术后下床活动时间(h)	肛门排气时间(h)	术后疼痛[n(%)]
宫腔镜电切组	58	4.70 ± 2.35*	8.31 ± 3.88*	10.10 ± 4.66*	3(2.86)*
传统组	55	8.82 ± 1.52	38. ± 10.49	30.07 ± 9.82	19(20.0)

与传统组比较, * $P < 0.05$.

宫腔镜电切术治疗子宫粘膜下肌瘤的疗效肯定, 术后控制出血率在 90% ~ 94%^[3]. 本组总有效率为 100%. 短期疗效优于子宫切除及开腹子宫肌瘤剔除术^[4]. 宫腔镜可以了解宫颈、宫腔形态, 明确肌瘤的数目、大小、位置, 并能够在直视下准确切除肌瘤. 与传统经腹子宫切除术相比, 宫腔镜电切术具许多优点: (1) 不开腹、明显缩短了手术时间及术后恢复时间; (2) 子宫无切口, 术后短期内就可怀孕, 且极大地减少了日后剖宫产几率; (3) 术中出血少, 患者痛苦小, 术后疼痛率及术后病率均较低; 特别是能保留患者子宫, 不影响卵巢功能, 保留患者生育功能, 同时可避免开腹手术所带来的一系列并发症. 所以, 宫腔镜电切术已成为目前治疗子宫粘膜下肌瘤首选的治疗方法.

3.2 注意事项

(1) 术前病例选择是前提, 任何有症状的子宫粘膜下肌瘤都应首先考虑做宫腔镜手术, 但肌瘤直径不宜过大, 一般子宫肌瘤大小限制在直径 5 cm 以内, 宫深 12 cm 以内, 对于脱出于宫颈外口肌瘤可适当放宽指征; (2) 充分术前准备是保障, 全面的术前检查, 排外手术禁忌症, 如宫颈瘢痕, 生殖道感染急性期, 心、肝、肾功能衰竭的急性期等. 术前应常规行宫腔镜检查、诊断性刮宫、排除子宫内膜恶性病变, 了解肌瘤的大小、位置等以评估手术的可行性. 做到心中有数. 本组 58 例病例无手术失败例数, 与我们谨慎选择患者有关, 所以术前严格筛选, 充分的准备是手术成功的前提和保障; (3) 并发症的预防是关键, 水中毒、空气栓塞、子宫穿孔等为常见并发症. 针对水中毒, 本组患者均在会阴部用脑外科无菌自粘巾, 通过将引流带置入引流瓶, 收集回流的

膨宫液, 从而计算膨宫液吸收量, 预防稀释性低钠血症, 另外手术前常规电解质检查, 控制手术时间在 45 ~ 60 min 内; 经常检查设备是预防空气栓塞的关键, 尤其是规范、准确操作膨宫器极为重要; 娴熟的技术是预防子宫穿孔的关键, 我科行宫腔镜电切的医师均有 3 a 以上的宫腔镜检查经验, 对于大的壁间内凸型肌瘤可在腹腔镜或 B 超监护下手术, 在切割肌壁间肌瘤时易发生子宫穿孔, 对于大的肌壁间肌瘤, 不一定非要一次切干净, 可 2 ~ 3 个月后再行第二次切除. 本组有 1 例肌壁间肌瘤切割时发生子宫穿孔, 行经腹修补术, 术后恢复可.

随着宫腔镜技术的发展, 宫腔电切术已广泛应用于宫腔内良性病变的治疗, 比传统子宫切除术有明显优越性, 手术的愈后可以与传统的开腹手术相媲美^[5], 是一种安全、有效、可靠的微创方法, 值得推广应用.

[参考文献]

- [1] 刘新民. 妇产科手术学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2010:140-177.
- [2] 夏恩兰. 宫腔镜学及图谱[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 2003:198.
- [3] WAMSTEKER K, MARK H E, DE KURIF. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension[J]. Obstet Gynecol, 1993, 82(5):736.
- [4] MAHER P J, HILL D J. Transcervical endometrial Transcervical for abnormal uterine bleeding: report of 100 cases and review of the literature [J]. Aust N J Obstet GYNECOL, 1990, 30:357-360.
- [5] 夏恩兰. 宫腔镜子宫肌瘤切除术[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(7):387-389.

(2013-04-10 收稿)